

# UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

**Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia**

**División de Enfermería y Fisioterapia**



## **GRADO EN ENFERMERÍA**

**Curso Académico: 4º**

### **Trabajo Fin de Grado**

**-Título-**

Envejecimiento activo y prevención de caídas en el medio rural

**- Autor/a –**

Ana Belén González Reverte

**- Tutor/a –**

Trinidad Ruiz Márquez

## ÍNDICE

RESUMEN. ....	3
INTRODUCCIÓN .....	5-6
OBJETIVO .....	6
METODOLOGÍA: .....	6-7
DESARROLLO: .....	7-16
DISCUSIÓN: .....	17
CONCLUSIONES: .....	18
BIBLIOGRAFÍA: .....	19-20
ANEXOS: .....	21-22

## **Envejecimiento activo y prevención de caídas en el medio rural**

### **RESUMEN:**

La actividad física de las personas mayores se reduce por los cambios biopsicosociales que acompañan el proceso de envejecimiento y el aumento de algunas patologías que afectan directa o indirectamente a la movilidad. Esta pérdida de movilidad puede dar lugar a caídas que en edades avanzadas generan una elevada morbimortalidad. El miedo a sufrir otras caídas provoca ansiedad, inhibición social y aumenta la restricción de las actividades con las consecuencias derivadas de esta situación.

Esta situación se presenta asociada a la edad, pero el ámbito rural tiene ciertas diferencias respecto al urbano. Muchas personas mayores que residen en municipios rurales, han sido agricultores, ganaderos y/o amas de casa que han colaborado en dichas tareas, que aunque han cumplido la edad de jubilación no han dejado de serlo. Su actividad se aminora de forma progresiva, en función a sus necesidades y su estado de salud se mantiene y con ello hay un mayor riesgo de caídas.

El objetivo de este trabajo es evidenciar la importancia en la prevención de caídas. Para ello se desarrolla el caso clínico de una mujer de 83 años que vive en una zona rural y su movilidad articular está reducida debido al sedentarismo y al miedo de caerse. A través de una valoración de la mujer y evaluación de escalas se observa el riesgo de caídas que presenta. Concluido esto se le ajusta un programa de prevención de caídas para reducir el riesgo de caídas y pueda llevar una vida saludable.

## INTRODUCCIÓN

Muchas de las personas mayores que residen en municipios rurales, han sido agricultores, ganaderos y/o amas de casa, que aunque hayan cumplido la edad de jubilación, no han dejado de serlo. Han aminorado su actividad de forma progresiva en función de sus necesidades y su estado de salud, pero no han roto con la actividad productiva, con su organización del tiempo, sus relaciones sociales y familiares. Las mujeres y hombres mayores del medio rural actual, disponen de un pequeño huerto que además de permitirles realizar una actividad física entretenida, les aporta alimentos de calidad por ellos cultivados o producidos, suponiendo un pequeño ahorro económico y una gran ilusión y sentido de utilidad que les hace más felices.<sup>1</sup>

El envejecimiento y sobre-envejecimiento que se está experimentando en las zonas rurales origina que haya cada vez mas personas que alcanzan una avanzada edad, y algunas de ellas se encuentran en situación de fragilidad o con problemas de dependencia<sup>2</sup>, por lo que tienen mayor riesgo de sufrir caídas, uno de los síndromes geriátricos mas importantes.

Éstas son causa de restricción de la movilidad y de disminución de las actividades cotidianas, con la consecuente pérdida de calidad de vida.<sup>3</sup>

El número de caídas aumenta proporcionalmente con la edad en ambos géneros, y en todos los grupos étnicos. La prevalencia aumenta hasta cifras del 32 al 42 % entre el grupo de edad de 75 años o más. A partir de los 80 años de edad la proporción de personas que sufren caídas aumenta un 50%<sup>4</sup>. Factores como la pluripatología, el sexo femenino, la permanencia de un tiempo prolongado en el suelo y la inmovilidad que ocasionan las caídas aumentan su mal pronóstico, determinan un alto riesgo de muerte y suponen un coste elevado en el sistema sanitario.<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup> Esteban Martínez AI. Envejecimiento y Medio Rural [en línea]. Zamora: Solidaridadintergeneracional; 2008 [acceso 13 Marz 2013]. Disponible en: <http://www.solidaridadintergeneracional.es/>

<sup>2</sup> Rodríguez Rodríguez P. Envejecimiento en el mundo rural: Necesidades singulares, políticas específicas [en línea]. Madrid: Observatorio de personas Mayores; 2004 [acceso 4 Abr 2013]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es>

<sup>3</sup> Párraga Martínez I, Navarro Bravo B, Andrés Pretel F, Denia Muñoz JN, EliceGUI Molina RP, López-Torres Hidalgo J. Miedo a las caídas en las personas mayores no institucionalizadas. Gac Sanit. 2010; 24(6): 453-459).

<sup>4</sup> Da Silva Gama ZA, Gómez Conesa A. Morbilidad, factores de riesgo y consecuencias de las caídas en ancianos. Fisioterapia. 2008; 30(3): 142-51.

<sup>5</sup> Ruiz Márquez T. Síndromes Geriátricos: síndrome de inmovilismo, caídas, incontinencia urinaria, síndrome confusional agudo, úlceras por presión, desnutrición. En: García Hernández M, Martínez Sellarés, R, editoras. Enfermería y envejecimiento. Barcelona: Elsevier; 2012. 40-61.

Se ha llevado a cabo estudios en diferentes países en relación con las caídas en el medio comunitario, los datos obtenidos revelan que en el Reino Unido un 33% de los ancianos han caído al menos una vez, incrementándose en un 50% en personas mayores de 80 años. En Estados Unidos un 27% de los ancianos han sufrido de igual modo alguna caída. En Francia, un 51%, siendo este tipo de accidentes la causa principal de consultas en servicios de traumatología. Siendo más frecuente en mujeres (43%) que en hombres (21%).<sup>6</sup>

Las caídas pueden aparecer por una causa única o como ocurre en un elevado número de casos, pueden ser consecuencia de factores relacionados directamente con el anciano (intrínsecos) o relacionados en el entorno y actividad en el que se mueve (extrínsecos).<sup>5</sup>

Entre los factores intrínsecos se incluye las alteraciones fisiológicas relacionadas con la edad (modificaciones musculoesqueléticas y disminución del control sensorial), procesos patológicos y/ o fármacos que influyen en las caídas (enfermedades cardiovasculares, enfermedades del aparato locomotor, patologías neurológicas y/o psiquiátricas, enfermedades generales; los fármacos que intervienen en las caídas de los ancianos son los antihipertensivos y los psicofármacos).<sup>5</sup>

Los factores extrínsecos que influyen en las caídas, los agrupamos en los que se encuentran dentro de la casa (iluminación escasa o muy brillante, pavimento deslizante, ausencia de barra en la ducha, etc) y los que se encuentran en la calle (pavimento en mal estado, aceras estrechas con obstáculos y desniveles, zonas mal señalizadas, etc).<sup>5</sup>

Todos estos factores derivan en una serie de consecuencias que conducen a la reducción de la movilidad e independencia entre el 20 y 30% de las personas que presentan caídas.<sup>7</sup>

Las caídas también se asocian a consecuencias sociales y psicológicas significativas debido a que los pacientes pierden la confianza en sí mismos, muestran aislamiento y restringen su actividad física <sup>5</sup>. La persona mayor que se cae una vez, presenta un elevado riesgo a volver a caerse en los próximos meses. Aquellas personas que disminuyen algunas de las actividades que realizaban anteriormente, puede crear una vida más sedentaria y conducir a la dependencia de la persona <sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> Alvarez- Calderón Iglesias O, Antelo Martelo M, García Castiñeira A, Marí Solera JL, Mayán Santos JM, Parafita Mato MA, et al. Gerontología Clínica. Santiago de Compostela: Ediciones Segá; 2003.

<sup>7</sup> Skelton DA, Salvà A. Prevención de las caídas basada en la evidencia en Europa. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005; 40(Supl 2): 64- 69.

<sup>8</sup> Carro García T, Alfaro Hacha A. Caídas en el anciano. Mgyf [en línea] 2005; 77: 582-589 [acceso 2 May 2013] Disponible en: [http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista\\_77/pdf/573\\_579.pdf](http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista_77/pdf/573_579.pdf)

La principal consecuencia psicológica es el síndrome post-caída, consiste en una serie de cambios en el comportamiento y actitudes, tanto en la persona que ha sufrido la caída como en la familia<sup>8</sup>. La familia actúa protegiendo al anciano provocando la disminución en su movilidad y creándolo más dependiente en las AVD.

Toda esta información aportada es utilizada para el estudio de un caso práctico con elevado riesgo de presentar caídas. El marco teórico de referencia es el modelo de Virginia Henderson, el cual tendrá en cuenta una valoración del entorno y la vivienda.

La necesidad de abordar este tema es para que, tanto las personas mayores como sus cuidadores principales, tengan los conocimientos suficientes para prevenir las caídas, así como el aprendizaje de cómo actuar ante una caída. Además de destacar la repercusión negativa de las caídas en el anciano frágil.

#### OBJETIVOS:

- Presentar el caso práctico de una persona mayor del medio rural para evidenciar el riesgo de caídas que presenta y conocer los resultados del plan de cuidados realizado para su prevención.
- Revisar en la bibliografía las intervenciones de enfermería para mejorar los hábitos saludables de las personas mayores y tengan un envejecimiento activo que reduzca el riesgo de caídas.

#### METODOLOGÍA:

Se realiza el estudio de un caso clínico, concretamente una mujer mayor que vive en una zona rural y con alto riesgo de presentar caídas.

En primer lugar, se obtienen datos de la valoración realizada por el modelo de Virginia Henderson y la evaluación del equilibrio y la marcha a través del test de Tinetti y Romberg y la escala de J.H. Downton para evaluar el riesgo de caídas.

Para la planificación de diagnósticos y actividades se ha empleado North American Nursing Diagnosis Association -NANDA-, la clasificación de resultados de enfermería NOC y la clasificación de intervenciones de enfermería NIC.

Para el estudio de este caso, se informó a la paciente y a su cuidador principal de los pasos a realizar en la realización del caso (valoración, plan de cuidados, exposición de este e incluso la posible publicación del mismo) para poder obtener su consentimiento.

La información recopilada para este trabajo ha sido obtenida a través de una búsqueda bibliográfica en la base de datos de la universidad de Almería (IME-Biomedicina), el buscador académico (scholar), libros de texto de envejecimiento.

#### DESARROLLO:

La disminución del riesgo de caídas en el anciano, sin comprometer su independencia funcional, se debe trabajar de forma interdisciplinar, de modo que a través de la coordinación de todo el equipo profesional se puedan prevenir las caídas.

**Prevención primaria:** incluye la detección precoz y corrección de factores predisponentes intrínsecos y extrínsecos.<sup>8</sup>

- Prevención de causas intrínsecas: tratamiento de la hipotensión ortostática, reducción de la polifarmacia, aumento de la actividad física, cuidado de los pies, corregir defectos visuales y auditivos.<sup>8</sup>

- Prevención de causas extrínsecas: evitar escaleras en mal estado y sin pasamanos, iluminación adecuada, colocar barras de sujeción en la ducha, calzarse con zapatos confortables, vestir con comodidad, no ingerir alcohol.<sup>8</sup>

**Prevención secundaria:** descartar enfermedades sincopales, anamnesis sobre caídas previas, revisar el tratamiento, identificar y corregir los factores ambientales.<sup>8</sup>

**Prevención terciaria:** la finalidad es reducir las consecuencias de la caída en el ámbito de la incapacidad física y psíquica y evitando el síndrome poscaída. Los objetivos mas importantes tras las caídas son:<sup>8</sup>

- Enseñar al anciano a levantarse del suelo: deberá extender los brazos hacia el frente moviéndolos de lado a lado, darse la vuelta en decúbito dorsal. Una vez en decúbito prono, se colocará sobre sus manos y rodillas y gateará hacia un apoyo (silla, cama, sofá...), utilizando este para coger impulso para levantarse.<sup>8</sup>

- Rehabilitación de la estabilidad del anciano: primero se rehabilita el equilibrio en sedestación y después en bipedestación.<sup>8</sup>

- Reeduchar la marcha: para ello se deben flexibilizar las extremidades, controlar la regularidad del paso, la elevación de los pies, la media vuelta y la marcha atrás, así como subir y bajar escaleras. Son necesarias ayudas técnicas, como un andador o bastón, a fin de mejorar la marcha.<sup>8</sup>

Las personas que han sufrido alguna caída deben de realizar ejercicios para mejorar el equilibrio y la corrección de la marcha. La actividad física mas importante en estos casos incluye los ejercicios y gestos diarios, motivo por el cual se deben de realizar y entrenar correctamente para conservar mayor destreza. Los ejercicios irán encaminados a mantener la actividad articular, la elasticidad, la fuerza y la resistencia muscular, equilibrándolos, con ejercicios básicos de equilibrio para reforzar y proporcionar una mayor seguridad en el desarrollo de las demás habilidades.<sup>9</sup>

A continuación, se presenta un caso práctico, el cual es valorado siguiendo el modelo de Virginia Henderson. Para completar la información obtenida, se realiza una valoración del entorno y la vivienda para observar los factores que pueden influir en las caídas y poder prevenirlas.

### **Valoración del paciente:**

Mujer de 83 años, viuda y con antecedentes personales de HTA, obesidad, Hepatitis C crónica, temblor senil, vasculopatía cerebral de pequeño vaso en HTA.

#### **1. Respira normalmente:**

No presenta dificultad para respirar. Se encuentra eupnéica. Presenta frecuencia cardiaca de 60 pulsaciones/minuto y una tensión arterial de 130/70 mmHg.

#### **2. Alimentarse e hidratarse adecuadamente:**

Presenta dificultad para masticar, refiere que apenas toma agua. Hace 4 comidas al día de poca cantidad, se muestra sin apetito. Pesa 80 Kg y tiene una talla de 1.60 cm. Es independiente para la ingesta de alimentos aunque tienen que recordarle que coma porque a veces se le olvida que tiene que comer.

#### **3. Eliminar por todas las vías corporales:**

Es independiente para realizar por si misma las actividades del uso del WC. Realiza una deposición diaria y micciona 4-5 veces/días, necesita de compresas porque presenta incontinencia urinaria funcional.

#### **4. Moverse y mantener posturas adecuadas:**

Presenta dificultad para moverse, para su actividad y movilidad física requiere de otra persona y de un dispositivo o equipo (bastón) porque pierde el equilibrio.

---

<sup>9</sup> Rubén López L, Eladio Mancilla S, Alicia Villalobos C, Patricio Herrera C. Manual de Prevención de Caídas en el Adulto Mayor [en línea]. Chile: Alicia Villalobos C, Rubén López L; 2010 [acceso 20 Feb 2013]. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/ab1f8c5957eb9d59e04001011e016ad7.pdf>



Su actividad física habitual es sedentaria debido a artrosis de las rodillas. Deambula por la casa y algunas tarde sale a pasear a la calle pero acompañada porque tiene miedo a caerse, ya que se ha caído varias veces.

Presenta pérdida de fuerza en brazos, piernas y limitación en la amplitud de movimientos articulares en estos miembros.

Como anteriormente he mencionado, el clima de la zona limita su movilidad, debido a los inviernos fríos. Refiere que en invierno no sale en días de lluvia y nieve porque tiene miedo a resbalar y caer y en aquellos días que las temperaturas son menores a 0°C le es imposible salir a la calle. Por consiguiente, su capacidad para desplazarse se ve reducida en ese momento.

- Test de Tinetti: evalúa el equilibrio con 9 maniobras, cuya realización correcta le da un total de 16 puntos, pero en este caso la puntuación que se obtiene, es de 7 puntos y en la marcha con 7 maniobras, cuya puntuación correcta es de 12, la mujer obtiene 6 puntos. La puntuación total obtenida es de 13, con lo cual la persona tiene un riesgo elevado. La escala utilizada se obtiene de la página web <http://www.areasaludbadajoz.com>. (ANEXO I)
- Test de Romberg: evalúa el control postural valorando las desviaciones que el anciano tiene hacia los lados estando de pie con los pies juntos durante 30 segundos, con los ojos abiertos y cerrados. El test realizado es positivo debido al movimiento de pies, extensión de los brazos y la apertura de ojos antes del tiempo estimado.

#### **5. Dormir y descansar:**

No presenta ninguna alteración en el sueño, duerme entre 6 y 8 horas diarias todos los días, no toma ningún tipo de medicación para conciliar el sueño.

Su nivel de energía durante el día es variable según el estado de ánimo.

#### **6. Escoger ropa adecuada; vestirse desvestirse:**

Independencia para vestirse/desvestirse, presenta buen aspecto y ropa adecuada limpia y ancha adecuada a la estación del año en la que nos encontramos.

#### **7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales:**

La temperatura corporal es adecuada, experimenta la sensación frío/ calor de acuerdo con los cambios de la temperatura ambiente.

#### **8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel:**

Tiene un aspecto general adecuado y una piel íntegra y bien hidratada. Se lava cada día y se ducha tres veces en semana. Refiere que “le gusta ir una vez en semana a la peluquería para que le laven el pelo”.

#### **9. Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas:**

No presenta ninguna alergia conocida y se encuentra bien vacunada. Su tratamiento habitual es: Gabapentina, Alopurinol, Olmesartán medoxomilo, Folinato cálcico.

Presenta una pequeña pérdida de oído por su edad avanzada y necesita gafas para observar de cerca. Además presenta alteraciones de conciencia debido a pequeños microinfartos cerebrales que hace que se olvide de hechos recientes. También presenta temblor senil.

No se acuerda de tomarse las pastillas por ello necesita de sus hijos o de una cuidadora para poder tomárselas.

Hace tres años murió uno de sus hijos, a partir de este momento empezó a empeorar.

#### **10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, opiniones y temores:**

Presenta alteración en el estado anímico, se emociona al recordar a su hijo.

Presenta dificultad al comunicarse, debido a la pérdida de memoria transitoria.

#### **11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias:**

Tiene falta de ilusión y desgana a la hora de realizar cualquier actividad, y ha alterado sus relaciones familiares, sus amistades, así como sus creencias (era católica practicante, iba todos los domingos a misa y ahora apenas va).

No tiene miedo a la muerte, siempre está hablando de ella como un hecho que tiene que ocurrir en un periodo relativamente corto.

#### **12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de relación personal:**

Está jubilada, trabajaba como churrera en las fiestas de los pueblos y comenta que tenían que ir andando a los pueblos de la comarca ya que antes no disponían de coches y el material era transportado por mulas. Más tarde comenzó a trabajar como cocinera en el comedor del colegio del pueblo.

Ahora apenas sale de casa y solo anda pequeños tramos por el pasillo de su casa.

### 13. Participar en actividades recreativas:

Le gusta ver la tele por las tardes mientras hace ganchillo. Antes le gustaba ir a los viajes del inserso, pero desde que los cambios fisiológicos del envejecimiento empezaron a incrementarse, dejó de viajar.

Durante el invierno se va a casa de su hija a la capital y es ella la que se ocupa de su cuidado mientras que los meses que hacen buen tiempo se vuelve a su casa del pueblo donde es su hijo el que se ocupa de su cuidado.

### 14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles:

Sabe leer y escribir, pero no lleva a cabo estas actividades por su enfermedad y por su falta de voluntad, además de que sufre pérdidas de memoria constante por lo que son sus hijos los que tienen información sobre su salud y recibe información sobre la misma.

### Escala utilizada para completar la valoración:

- Escala de Riesgo de Caídas de J.H. Downton: permite determinar las causas que influyen en las caídas y además son importantes para reducir aquellos factores presentes en las caídas. La valoración debe ser sistemática y se realizará ante cualquier cambio en el estado físico o mental del paciente. En este caso se obtiene una puntuación de 6, con lo cual nos indica un elevado riesgo de caídas.

La escala que a continuación se muestra, fue obtenida de la página web <http://www.huesosaludable.com>

ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS (J.H. DOWNTON)		
CAIDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
USO DE MEDICAMENTOS	NINGUNO	0
	TRANQUILIZANTES/SEDANTES	1
	DIURETICOS	1
	HIPOTENSORES NO DIURETICOS	1
	ANTIPARKINSONIANOS	1
	ANTIDEPRESIVOS	1
DEFICIT SENSORIALES	NINGUNO	0
	VISUALES	1
	AUDITIVOS	1
	EXTREMIDADES (ECV, PARESIAS. )	1
ESTADO MENTAL	ORIENTADO	0
	CONFUSO	1
DEAMBULACION	NORMAL	0
	SEGURA CON AYUDA	1
	INSEGURA CON AYUDA/SIN AYUDA	1
	IMPOSIBLE	1
PUNTAJE		0/14
ALTO RESGO DE CAIDA		>2/14

### **Valoración del entorno y de la vivienda:**

Vive en un pueblo de Almería, pueblo pequeño de alrededor de unos 2500 habitantes.

El clima de la zona presenta temperaturas invernales moderadamente frías, y veranos moderadamente cálidos, casi todos los inviernos suele nevar, por lo que limita la movilidad de las personas, debido a la dificultad de caminar por las calles mojadas e incluso nevadas.

Tiene elementos de urbanización como: alcantarillado, saneamiento, alumbrado público, distribución de agua, jardinería, etc.; con mobiliario urbano como: postes de señalización, papeleras, fuentes públicas, etc.; las calles son muy estrechas y con un alto grado de inclinación, esto supone un problema para la gran mayoría de personas mayores con problemas de movilidad articular. Aunque muchos callejones con gran inclinación tiene una barandilla a un lado de la calle.

El pavimento se encuentra en mal estado, debido a adoquines mal colocados, esto hace que las personas que caminen puedan tropezar y caerse.

La mujer vive sola en una casa de dos plantas, al entrar hay unas escaleras para subir a la planta de arriba con una barandilla al lado, donde se encuentra la mayor parte de tiempo. La vivienda no tiene una adecuada temperatura, ya que en invierno hace mucho frío y en verano demasiado calor; tiene buena ventilación y las condiciones higiénicas son muy buenas. El cuarto de baño tiene un plato de ducha aunque no dispone de barra para poder agarrarse.

### **Análisis de datos obtenidos:**

La valoración realizada pone de manifiesto la pérdida de movilidad que presenta la mujer, debido al sedentarismo y a la alteración en la marcha y en el equilibrio, además el entorno y la vivienda no disponen de dispositivos adaptados a sus necesidades y como consecuencia indica que tiene un alto riesgo de presentar caídas.

Hay que destacar la influencia del clima en la movilidad, ya que las bajas temperaturas, la nieve, la lluvia, el viento hacen que la mujer permanezca en su vivienda durante el mal tiempo, limitando su actividad física.

Por ello se educa al mayor y a los cuidadores a identificar aquellos factores de riesgo que predisponen a las caídas, se enseña cómo caer al suelo y controlar la marcha y el equilibrio.

La incontinencia funcional que presenta la paciente puede influir en las caídas debido a que las mujeres con incontinencia van a menudo al servicio, con mucha prisa, lo que puede hacer que se tropiecen y se caigan.

La falta de motivación y la desgana para realizar cualquier actividad, conlleva a que ésta se vea afectada. Por ello debemos incidir en este problema para que poco a poco aumente sus ganas por realizar actividades recreativas y se pueda distraer tanto en su vivienda como en cualquier centro para mayores.

Otro punto importante que se observa en la valoración son los cuidadores principales, ya que hay que educarlos para que el tiempo que cuiden a su madre no se vea afectada su salud ni su estilo de vida.

### **Diagnóstico de Enfermería:**

- NANDA: **Riesgo de caídas (00155)** r/c edad superior a 65 años, historia de caídas y vivir solo.<sup>10</sup>
- NOC→ Conducta de seguridad: prevención de caídas (1909)<sup>11</sup>

#### **Indicadores:**

- Colocación de barreras para prevenir caídas: 3
- Uso de barandillas para agarrarse: 2
- Provisión de ayuda personal: 4
- Uso correcto de dispositivos de ayuda: 4
- NIC→ Prevención de caídas (6490): precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas<sup>12</sup>.

#### **Actividades:**

- Identificar déficits cognitivos o físicos del anciano que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.
- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos, escaleras sin barandillas, etc.).
- Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulaci3n.
- Ayudar en la deambulaci3n de la persona inestable.

---

<sup>10</sup> Healthier Herdman T, PhD, RN. Diagn3sticos Enfermeros. Ed: 2009-2011. Barcelona. Elsevier; 2010.

<sup>11</sup> Johnson M, Maas M, Moorhead S. Clasificaci3n de Resultados de Enfermería. Segunda Edici3n. Madrid. Elsevier; 2003.

<sup>12</sup> McCloskey Dochterman J, Bulechek GM. Clasificaci3n de Intervenciones de Enfermería. Cuarta Edici3n. Madrid. Elsevier; 2007.

- Instruir a la persona mayor para que pida ayuda sin moverse, si lo necesita, y colocar señales recordatorias para que la solicite.
  - Disponer de un asiento de baño elevado, sillas con la altura adecuada y apoyabrazos, y colchón con los bordes firmes.
  - Enseñar al mayor cómo caer para minimizar el riesgo de lesiones.
  - Retirar muebles bajos y objetos desordenados del suelo que supongan un riesgo de tropezarse.
  - Disponer de superficie antideslizante en suelos, bañera y ducha.
  - Educar al mayor y a la familia sobre los factores de riesgo en las caídas y sobre cómo disminuir dichos riesgos.
- NANDA: **Incontinencia urinaria funcional** (00020) r/c debilidad de las estructuras pélvicas de soporte m/p pérdida de orina antes de llegar al inodoro.<sup>9</sup>
  - NOC: Continencia urinaria (0502)<sup>10</sup>

Indicadores:

- 050211 Ausencia de pérdidas de orina al aumentar la presión abdominal: 2.
  - Reconoce la urgencia miccional: 2.
  - Tiempo adecuado hasta alcanzar el inodoro entre la urgencia y la evacuación de orina: 2
- NIC: Cuidados de la incontinencia urinaria (0610): ayudar a fomentar la continencia y mantener la integridad de la piel perineal.<sup>11</sup>

Actividades:

- Identificar las causas de los múltiples factores que producen la incontinencia.
- Proporcionar prendas protectoras, si es necesario.
- Limitar los líquidos durante 2 o 3 horas antes de irse a la cama, si procede.
- Limitar la ingestión de productos irritantes para la vejiga (colas, café, té y chocolate).
- Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al aseo.

- NANDA: **Deterioro de la memoria** (00131) r/c trastornos neurológicos m/p incapacidad para retener información sobre los hechos.<sup>10</sup>
- NOC: Memoria (0908)<sup>11</sup>

Indicadores:

- Recuerda información inmediata de forma precisa: 2
  - Recuerda información reciente de forma precisa: 2
  - Recuerda información remota de forma precisa: 5
- NIC: Manejo de la demencia (6460): proveer un ambiente modificado para el paciente que experimenta un estado de confusión crónico.<sup>12</sup>

Actividades:

- Incluir a los miembros de la familia en la planificación, provisión y evaluación de cuidados, en el grado deseado.
  - Determinar el historial físico, social y psicológico del paciente, hábitos corrientes y rutinas.
  - Identificar y retirar los peligros potenciales del ambiente del paciente.
  - Proporcionar pistas, tales como sucesos actuales, estaciones del año, lugares y nombres, para ayudar a la orientación.
  - Tomar nota de la alimentación y del peso.
- NANDA: **Baja autoestima situacional** (00120) r/c deterioro funcional m/p expresiones de inutilidad y verbalizaciones de negación de sí mismo.<sup>10</sup>
- NOC: Autoestima (1205)<sup>11</sup>

Indicadores:

- Comunicación abierta: 2
- Sentimientos sobre su propia persona: 2
- Descripción del yo: 1
- Descripción de estar orgulloso: 2

- NIC: Potenciación de la autoestima (5400): ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía<sup>12</sup>

Actividades:

- Animar al paciente a identificar sus virtudes.
  - Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente.
  - Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.
  - Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
  - Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.
- 
- NANDA: **Riesgo de cansancio del rol de cuidador** (00062) r/c falta de experiencia para cuidar.<sup>10</sup>
  - NOC: Alteración del estilo de vida del cuidador familiar (2203)<sup>11</sup>

Indicadores:

- Relaciones con otros miembros de la familia alteradas: 3
  - Actividades de ocio comprometidas: 3
  - Relación con los amigos alterada: 2
  - Insatisfacción con las circunstancias de vida: 2
- 
- NIC: Apoyo al cuidador principal (7040): suministro de la necesaria información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios.<sup>12</sup>

Actividades:

- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
- Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles.
- Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con las preferencias del paciente.
- Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.
- Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo.
- Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo.



## DISCUSIÓN

En los resultados obtenidos se observa un mayor riesgo de caídas debido a factores relacionados con el envejecimiento y aquellos relacionados con el entorno y la vivienda. En un estudio español, las causas más frecuentes de anciano de alto riesgo fueron la edad (mayor de 80 años) y el vivir solo<sup>13</sup>. La mujer del caso descrito presenta estas dos causas, y se puede considerar como anciana frágil.

La OMS considera que el anciano frágil tiende a la incapacidad, al deterioro funcional o mental, a problemas sociales o demográficos, y todos estos factores conducen al riesgo de dependencia, de institucionalización y de muerte.

Además según el artículo “Miedo a las caídas en las personas mayores no institucionalizadas”, existe una asociación estadísticamente significativa entre el antecedente de caídas recientes y más miedo a caerse. Los datos de investigaciones previas apoyan esta asociación, y se ha comprobado que la presencia de cualquiera de ellas implica un mayor riesgo de aparición de la otra.<sup>3</sup>

Otro dato importante que se obtiene de la valoración del entorno es el pavimento en mal estado. Esto influye en las caídas debido a que un anciano frágil no tiene la estabilidad suficiente como para ir andando por adoquines mal colocados que solo dificultan la movilidad de las personas mayores, en lugar de facilitársela. Además hay que añadir que las calles tienen una gran inclinación, que pueden llevar a la mujer a tropiezos e incluso a resbalones cuando el pavimento esté mojado. Esto puede llevar a una serie de consecuencias que en estas edades producen una elevada morbilidad.

Se deben tomar las medidas necesarias para que el número de caídas y de lesiones asociadas a las caídas no siga aumentando a lo largo de los próximos 25 a 30 años<sup>3</sup>, según este estudio, todas estas medidas preventivas se han de tener en cuenta además de tener una adecuada coordinación multidisciplinar.

Una dificultad encontrada a la hora de poner en práctica el plan de cuidados ha sido: la falta de colaboración para iniciar el plan de cuidados por parte de la mujer, pero poco a poco se ha dado cuenta que era lo mejor para su salud y para tener confianza en sí misma.

---

<sup>13</sup> Cortés JA, Méndez-Bonito E, Kotsourais R, et al. ¿Cuál es la prevalencia de ancianos de alto riesgo en atención primaria? Aten Primaria 1996; 18: 327-30.

## CONCLUSIONES

Se concluye en este estudio, la gran incidencia de factores que se presentan en las personas mayores para sufrir una caída. Por ello, el abordaje de la prevención de caídas debe de englobar un conjunto de profesionales para que controlen las enfermedades de riesgo, revisen la medicación prescrita, entrenen la marcha y el equilibrio, apliquen programas de actividades físicas y junto a la familia poder adaptar el hogar retirando factores de riesgos ambientales.

Existe una gran preocupación por las caídas, ya que la mayoría de personas mayores con antecedentes de caídas, han presentado complicaciones inmediatas o a largo plazo. Todos estos factores conducen a las personas mayores al miedo a caerse. Esta consecuencia psicológica se tiene que trabajar tanto con el paciente como con su cuidador principal, para evitar la limitación de movilidad que tiende el anciano a presentar y evitar el cansancio del cuidador.

También es importante destacar el aprendizaje de cómo caerse, para evitar lesiones mayores que se puedan producir. Esto unido a ejercicios de fortalecimiento va a hacer que el mayor sepa actuar ante una caída, además de mantenerse ágil a la hora de levantarse.

Como se menciona en el presente estudio, el envejecimiento rural es diferente al urbano. Algunas personas se mantienen ágiles debido a que toda su vida han tenido que realizar tareas del campo y se encontraban en continua actividad. Por el contrario, muchas de esas personas por procesos fisiológicos del envejecimiento ven reducida su actividad y no soportan verse de este modo, como es el caso práctico de esta mujer. Esto conlleva consecuencias psicológicas que deben ser tratadas y aunque no puedan realizar algunas tareas y/o actividades pueden sentirse útiles haciendo otras, dentro de sus capacidades.

Para concluir, se debe hacer un seguimiento desde atención primaria para evitar desde un primer momento cualquier problema que pueda presentar el anciano y educar para que la persona lleve un envejecimiento activo y saludable.

## BIBLIOGRAFÍA

- <sup>1</sup> Esteban Martínez AI. Envejecimiento y Medio Rural [en línea]. Zamora: Solidaridadintergeneracional; 2008 [acceso 13 Marz 2013]. Disponible en: <http://www.solidaridadintergeneracional.es/>
- <sup>2</sup> Rodríguez Rodríguez P. Envejecimiento en el mundo rural: Necesidades singulares, políticas específicas [en línea]. Madrid: Observatorio de personas Mayores; 2004 [acceso 4 Abr 2013]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es>
- <sup>3</sup> Párraga Martínez I, Navarro Bravo B, Andrés Pretel F, Denia Muñoz JN, Elicegui Molina RP, López-Torres Hidalgo J. Miedo a las caídas en las personas mayores no institucionalizadas. Gac Sanit. 2010; 24(6): 453-459.
- <sup>4</sup> Da Silva Gama ZA, Gómez Conesa A. Morbilidad, factores de riesgo y consecuencias de las caídas en ancianos. Fisioterapia. 2008; 30(3): 142-51.
- <sup>5</sup> Ruiz Márquez T. Síndromes Geriátricos: síndrome de inmovilismo, caídas, incontinencia urinaria, síndrome confusional agudo, úlceras por presión, desnutrición. En: García Hernández M, Martínez Sellarés, R, editoras. Enfermería y envejecimiento. Barcelona: Elsevier; 2012. 40-61.
- <sup>6</sup> Alvarez- Calderón Iglesias O, Antelo Martelo M, García Castiñeira A, Marí Solera JL, Mayán Santos JM, Parafita Mato MA, et al. Gerontología Clínica. Santiago de Compostela: Ediciones Segal; 2003.
- <sup>7</sup> Skelton DA, Salvà A. Prevención de las caídas basada en la evidencia en Europa. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005; 40(Supl 2): 64- 69.
- <sup>8</sup> Carro García T, Alfaro Hacha A. Caídas en el anciano. Mgyf [en línea] 2005; 77: 582-589 [acceso 2 May 2013] Disponible en: [http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista\\_77/pdf/573\\_579.pdf](http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista_77/pdf/573_579.pdf)
- <sup>9</sup> Rubén López L, Eladio Mancilla S, Alicia Villalobos C, Patricio Herrera C. Manual de Prevención de Caídas en el Adulto Mayor [en línea]. Chile: Alicia Villalobos C, Rubén López L; 2010 [acceso 20 Feb 2013]. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/ab1f8c5957eb9d59e04001011e016ad7.pdf>
- <sup>10</sup> Healthier Herdman T, PhD, RN. Diagnósticos Enfermeros. Ed: 2009-2011. Barcelona. Elsevier; 2010.
- <sup>11</sup> Johnson M, Maas M, Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería. Segunda Edición. Madrid. Elsevier; 2003.
- <sup>12</sup> McCloskey Dochterman J, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Cuarta Edición. Madrid. Elsevier; 2007.

<sup>13</sup> Cortés JA, Méndez-Bonito E, Kotsourais R, et al. ¿Cuál es la prevalencia de ancianos de alto riesgo en atención primaria? *Aten Primaria* 1996; 18: 327-30.

## ANEXO I

### ESCALA DE TINETTI

#### Evaluación de la marcha y el equilibrio

1. MARCHA Instrucciones: El paciente permanece de pie con el examinador, camina por el pasillo o por la habitación (unos 8 metros) a "paso normal" luego regresa a "paso ligero pero seguro".

1. Iniciación de la marcha (inmediatamente después de decir que ande).

- Algunas vacilaciones o múltiples para empezar.....0
- - No vacila.....1

2. Longitud y altura de peso

a) Movimiento del pie derecho

- No sobrepasa el pie izquierdo con el paso.....0
- Sobrepasa el pie izquierdo.....1
- El pie derecho no se separa completamente del suelo con el peso.....0
- El pie derecho se separa completamente del suelo.....1

b) Movimiento del pie izquierdo

- No sobrepasa el pie derecho con el paso.....0
- Sobrepasa al pie derecho.....1
- El pie izquierdo no se separa completamente del suelo con el peso.....0
- El pie izquierdo se separa completamente del suelo.....1

3. Simetría del paso

- La longitud de los pasos con los pies derecho e izquierdo no es igual.....0
- La longitud parece igual.....1

4. Fluidez del paso

- Paradas entre los pasos.....0
- - Los pasos parecen continuos.....1

5. Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 metros)

- Desviación grave de la trayectoria.....0
- Leve/moderada desviación o uso de ayudas para mantener la trayectoria.....1
- Sin desviación o ayudas.....2

6. Tronco

- Balanceo marcado o uso de ayudas.....0
- No se balancea pero flexiona las rodillas ola espalda o separa los brazos al caminar.....1
- No se balancea, no se reflexiona, ni otras ayudas.....2

7. Postura al caminar

- Talones separados.....0
- Talones casi juntos al caminar.....1

- **PUNTUACIÓN MARCHA: 12 PUNTUACIÓN TOTAL: 28**

2. EQUILIBRIO Instrucciones: El paciente está sentado en una silla dura sin apoyabrazos. Se realizan las siguientes maniobras:

1.-Equilibrio sentado

- Se inclina o se desliza en la silla.....0
- Se mantiene seguro.....1

2. Levantarse

- Imposible sin ayuda.....0
- Capaz, pero usa los brazos para ayudarse.....1
- Capaz de levantarse de un solo intento.....2

3. Intentos para levantarse

- Incapaz sin ayuda.....0
- Capaz pero necesita mas de un intento.....1
- Capaz de levantarse de un solo intento.....2

4. Equilibrio en bipedestación inmediata (los primeros 5 segundos)

- Inestable (se tambalea, mueve los pies), marcado balanceo del tronco.....0
- Estable pero usa el andador, bastón o se agarra u otro objeto para mantenerse.....1
- Estable sin andador, bastón u otros soportes.....2

5. Equilibrio en bipedestación

- Inestable.....0
- Estable, pero con apoyo amplio (talones separados más de 10 cm) o usa bastón u otro

soporte.....	1
- Apoyo estrecho sin soporte.....	2
6. Empujar (el paciente en bipedestación con el tronco erecto y los pies tan juntos como sea posible). El examinador empuja suavemente en el esternón del paciente con la palma de la mano, tres veces.	
- Empieza a caerse.....	0
- Se tambalea, se agarra pero se mantiene.....	1
- Estable.....	2
7. Ojos cerrados ( en la posición 6)	
- Inestable.....	0
- - Estable.....	1
8. Vuelta de 360 grados	
- Pasos discontinuos.....	0
- Continuos.....	1
- Inestable (se tambalea, se agarra).....	0
- Estable.....	1
9. Sentarse	
- Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla.....	0
- Usa los brazos o el movimiento es brusco.....	1
- Seguro, movimiento suave.....	2
- <b>PUNTUACIÓN EQUILIBRIO: 16</b>	

